



**Dr. med. A. Schwarz**  
Kinder- und Jugendmedizin,  
Neuropädiatrie, Psychotherapie

Vaihinger Str. 8  
71665 Vaihingen/Enz  
Tel. 07042/4026  
Fax 07042/4044

**Ich,**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Adresse des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Vollmachtgebers

**bevollmächtige hiermit**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Adresse des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Bevollmächtigten

**zur einmaligen Abholung von**       **zur Abholung bis auf Widerruf von**

Rezepten

Überweisungen

Befunden

Sonstiges \_\_\_\_\_

Alles

**für**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers**

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss (z.B. durch den Personalausweis).